

Знание врачом того, какой из лечебно-диагностических алгоритмов лучше использовать в той или иной ситуации – абсолютное благо. Интернет и доступность таких знаний, в том числе, в виде клинических рекомендаций, для специалиста – огромное подспорье, важность которого трудно переоценить. И для разработки Национальных клинических рекомендаций (НКР), конечно же, нужно использовать весь опыт, накопленный мировой медициной. Проблема в другом – в трактовке российских НКР как закона при оказании медицинской помощи и в их строгой ориентации исключительно на зарубежный опыт.

Кроме того, при разработке клинических рекомендаций в качестве приоритетных выбраны наиболее частые заболевания и типичные варианты их течения. Это, конечно, правильно. Но почему игнорировано всё остальное?

Далее, в отечественных клинических рекомендациях нет места для консилиумов и консультаций, в том числе, дистанционных. Нет места для этических комитетов. Есть только прямая обязанность врача выполнять то, что написано и заверено печатью Минздрава России. Если раньше, на протяжении всей истории медицины при выборе лечения врач в сложных ситуациях мог и должен был привлекать к обсуждению коллег, то после появления утверждённых Минздравом России клинических рекомендаций он должен руководствоваться только их текстом. Зачем тогда методическая помощь ведущих учреждений, телемедицина, клинические руководители, обсуждения и обходы?

Нет в НКР и механизмов выхода из нестандартных ситуаций. Следовательно, прокурор и адвокат пациента объяснят вам, что эта, – по вашему мнению, «нестандартная» ситуация вовсе даже стандартная и вполне подходит под ту или иную формулировку в НКР. И вместо того, чтобы руководствоваться в выборе тактики лечения здравым смыслом, вам скажут, что вы обязаны были делать то, что там написано, даже если это, на ваш взгляд, навредит пациенту. Всё остальное – ваши домыслы и незаконные действия. Боюсь, что и среди коллег найдутся такие, кто, особо не мудрствуя, будут согласны с доводами следствия и приведут соответствующие цитаты из старого учебника.

Наука тоже оказалась вне закона, поскольку, как уже сказано, любое отступление врача от официально утверждённых схем – преступление. Следствие и адвокаты, представляющие интересы пациентов,

будут за этим строго следить. Существующая практика поиска нестандартных решений через обсуждения, клинические разборы и этические комитеты станет фикцией. Разговоры о том, что научные институты и кафедральные коллективы имеют право на разработку и совершенствование методов диагностики и лечения, мы будем вести в следственных комитетах и судах. А там, будьте уверены, потребуют юридическое обоснование, а не разговоров и ссылок на многовековую практику.

Иген

Без права на здравый смысл...

Врачи стали «заложниками» несовершенства клинических рекомендаций

Изменить содержание нынешних НКР по истечении срока давности, ориентируясь на собственные результаты их применения, мы тоже не сможем: проведение мультицентровых исследований с соблюдением принципов доказательной медицины требует хорошей организации и серьёзного финансирования. Немногочисленные исследования такого рода, проводимые в нашей стране, как правило, являются фрагментами международных программ, финансируемых зарубежными транснациональными корпорациями напрямую или через соответствующие медицинские ассоциации. Их основная цель – продвижение своей продукции. А как быть с отечественной?

У нас в стране не создан механизм финансирования подобных программ. Более того, после официального внедрения тех или иных НКР в клиническую практику мы не сможем такие исследования проводить: чтобы что-то с чем-то сравнивать, нужно иметь результаты разных вариантов лечения, но в тексте клинических рекомендаций лечение уже прописано, и оно «единственно верное!» Поиск придётся обосновывать и утверждать в Минздраве, для чего потребуются результаты исследований, выходящих за рамки утверждённых

положений. В итоге следующую корректировку «наших» клинических рекомендаций снова придётся проводить по зарубежным данным. Круг замкнулся. Зачем тогда нужны отечественные научно-исследовательские институты, наука в медицинских университетах?

Реализация сегодняшней модели НКР, по существу, призвана блокировать исследования в общей сети клинических учреждений. Отечественная хирургия так и останется местом реализации иностранных медицинских разработок, а средством их продвижения на

организации здравоохранения, является сообществом медицинских специалистов, а не государств.

«Осознавая необходимость установления врачебной профессиональной автономии во всём мире и создания соответствующих механизмов самоуправления, учитывая связанные с этим проблемы и вызовы со стороны общества, ВМА принимает настоящую декларацию:

1. Главная цель профессиональной автономии – обеспечение свободы профессиональных решений врача при оказании

«Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Предлагаемые рекомендации имеют своей целью довести до практических врачей современные представления об этиологии и патогенезе заболевания, ознакомить их с современными алгоритмами диагностики и лечения основных вариантов течения этого заболевания, но не являются универсальным и всеобъемлющим протоколом оказания помощи.

российский рынок станут наши собственные клинические рекомендации. На их основе мы будем и дальше внедрять вчерашние чужие решения, основанные на чужой, абсолютно иной системе здравоохранения. Под угрозой уголовного преследования российские врачи придётся продолжать использовать даже явно неэффективные подходы вплоть до времени очередного пересмотра и утверждения новой редакции НКР. Сегодня этот процесс занимает не менее одного-двух лет. А что в этот период должен делать врач, если способ успешного излечения уже есть, его эффективность доказана и не вызывает сомнений, но в тексте российских НКР он ещё отсутствует?

Для качественного оказания медицинской помощи и безопасности пациентов свобода действий врача не менее необходима, чем национальные клинические рекомендации. Далеко не все аспекты диагностики и лечения отражены в НКР и далеко не все из них – истина в последней инстанции. Строго говоря, истины такого уровня вообще не существует. Происходит лишь постоянное движение к ней.

Позволю себе напомнить первые положения декларации Всемирной медицинской ассамблеи (ВМА), которая, в отличие от Всемирной

медицинской помощи в соответствии с «Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача», принятой ВМА в октябре 1986 г.

2. ВМА и её члены – национальные медицинские организации – вновь подтверждают значение профессиональной автономии, как неперемогного условия оказания высококачественной медицинской помощи. Следовательно, профессиональная независимость врача необходима пациентам, а потому достойна охраны и защиты. ВМА и национальные медицинские организации подтверждают приверженность принципу профессиональной врачебной автономии, как одному из важных принципов медицинской этики...

Мадрид, 1987.

Я много раз обращался к экспертным группам, занимающимся разработкой проектов НКР, и к руководству Российского общества хирургов с предложением ввести в текст всех рекомендаций тезис о правомочности коллективного механизма принятия решений и положения, обосновывающие право врача на необходимую степень свободы действий в пределах выделенного «коридора». Есть даже готовые формулировки, вот они.

В ситуациях, не описанных в предлагаемых рекомендациях, а также в критических ситуациях (или) в условиях ограниченных возможностей целесообразно исходить из положений других согласительных документов, решений локальных этических комитетов и консилиумов, собственного опыта и здравого смысла».

У всех, с кем я обсуждал эту идею, контраргумент один – Минздрав будет против и не утвердит. Но без определённой свободы врача нет качественного лечения. Это, кстати, наглядно показала пандемия SARS-CoV-2: без «коридора свободы действий» не было бы ни непрерывной коррекции рекомендаций по диагностике и лечению этого заболевания, ни отечественных вакцин. А что делать с тысячами других нерешённых проблем в отечественном здравоохранении, возникающих при лечении всех прочих заболеваний? Считаю наличие «коридора свободы действий врача» в Национальных клинических рекомендациях совершенно обоснованным и необходимым.

Михаил ПРУДКОВ,
главный хирург Уральского
федерального округа
и Свердловской области,
доктор медицинских наук,
профессор.

Ситуация

За последние месяцы в России прошло как минимум два значимых научных совещания по проблеме COVID-19. Первое было организовано медицинским отделением РАН, второе – Академией наук совместно с Российско-германским форумом Коха – Мечникова. И там, и там выступали известные учёные, академики РАН. Но, что интересно, среди докладчиков не было ни одного иммунолога-га. Притом, что в РАН более 20 членов-корреспондентов и академиков по специальности «иммунология». Такое стремление коллег по научному корпусу обсуждать инфекционную проблему в отрыве от иммунологии не может не вызывать недоумения.

Между тем, что такое вирусная инфекция? Это процесс, в котором участвуют двое: сам вирус с его биологическими свойствами и иммунная система организма, обеспечивающая ответ вирусным антигенам. При этом одни антигены вируса стимулируют гуморальный иммунный ответ организма (про-

Про иммунологов забыли?

Борьба с коронавирусом без знаний «механизма обороны» бессмысленна

дукцию антител), другие индуцируют клеточный иммунный ответ (цитотоксические лимфоциты). Вот тут и кроется самое главное. Выработанные организмом антитела будут нейтрализовать вирусные частицы, которые находятся вне клеток. Но они не смогут «до-стать» вирус, который уже проник внутрь клетки – здесь приоритет цитотоксических Т-лимфоцитов, так называемых CD8+ Т-клеток, именно они убивают клетки, заражённые вирусом этого следует? Что все разрабатываемые вакцины против COVID-19 должны иметь целью индуцировать именно клеточный иммунитет, а определять эффективность вакцины по титру антител у приёмого человека бессмысленно. Этого не просто недостаточно –

это ошибочно! Прочный иммунитет необходимо и возможно создать за счёт клеточного звена иммунной системы, а не гуморального. Так и только так. У многих вирусов имеются свои возможности «задавить» активность иммунной системы, не дать возможности тем же цитотоксическим лимфоцитам убивать заражённые клетки. Есть основания думать, что новый ко-ронавирус SARS-CoV-2 как раз из их числа, поэтому необходимо спланировать фундаментальные исследования иммунологов. Ещё в апреле 2020 г. в «Медицинской газете» была опубликована статья о необходимости обратить внимание на мероприятия по мягкой стимуляции иммунной системы у лиц пожилого возраста, как наиболее

уязвимой когорты. В сентябре там же были опубликованы конкретные предложения новосибирских учёных-иммунологов по решению данной задачи.

И что, Минздрав России прислушался? Увы, нет. Между тем, я уверен: разрабатывать методические рекомендации по неспецифической иммунопрофилактике должны иммунологи. Поэтому лучше всего поручить формирование таких рекомендаций профессиональным сообществам, которых в нашей стране два: Российское научное общество иммунологов и Российская ассоциация клинических иммунологов. Для повышения «иммунной резистентности» организма можно весьма простыми средствами, в том числе путём вос-

полнения дефицита определённых витаминов и микроэлементов, иммуномодулирующие свойства кото-рых научно и клинически доказаны. Но предлагать все эти средства для применения, обосновав каж-дое слово, должны и могут только учёные-иммунологи и иммунолог-клиницисты. В противном случае любая федеральная методичка по профилактике коронавирусной инфекции рискует превратиться просто в перечень препаратов, которые кто-либо пытается продвинуть на российский рынок. Владимир КОЗЛОВ, научный руководитель НИИ фундаментальной и клинической иммунологии, академик РАН. Новосибирск.